

	ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล	งบประมาณ..... รหัสงบประมาณ..... กองทุน..... รหัสกองทุน..... เลขที่.....
---	-----------------------------	---

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	
ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลดังต่อไปนี้	
1. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
2. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
3. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
4. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
5. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
6. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
7. ชื่อ - สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้าตามใบเสร็จเลขที่ เป็นเงิน บาท ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....	
รวมเงินทั้งสิ้น.....บาท	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
สำหรับเจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> เงินคงเหลือยกมา..... บาท <input type="checkbox"/> เบิกได้ในครั้งนี้..... บาท <input type="checkbox"/> เงินคงเหลือปัจจุบัน..... บาท <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก/...../..... ลงชื่อ.....กองการเจ้าหน้าที่/...../.....

ใ้ได้รับเงิน.....บาท ใ้ถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน/...../.....	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน/...../.....
--	---